

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1876

THÈSE

N° 467

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 décembre 1876, à 1 h.

Par MARTIAL DELON

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 20 novembre 1851.

PUSTULE MALIGNE

MARCHE DE LA TEMPÉRATURE

DANS LE

TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION

Président : M. GOSSELIN, Professeur.

Juges : MM. { LASÈGUE, professeur.
B. ANGER. DELENS, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

RUE MONSIEUR-LE PRINCE, 29 ET 31.

1876

Lane Medical Library

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale.	DOLBEAU.
Anatomie pathologique.	TRELAT.
Histologie.	CHARCOT.
Opérations et appareils.	ROBIN.
Pharmacologie.	LE FORT.
Thérapeutique et matière médicale.	REGNAULD.
Hygiène.	GUBLER.
Médecine légale.	BOUCHARDAT.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	TARDIEU.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale.	PARROT.
	VULPIAN.
Clinique médicale.	SEE (G.).
	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.	GOSSELIN.
	BROCA.
	VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHÉ.
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LEDENTU.
BLUM.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BOUCHARD.	DE SEYNES.	GUÉNIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LANNELONGUE.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	BLACHEZ.
— des maladies mentales et nerveuses.	BALL.
— de l'ophtalmologie.	PANAS.
— des maladies des voies urinaires.	GUYON.
— des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Chef des travaux anatomiques.	Marc SEE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR AINÉE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

A M. DESPRÉS
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

AUX PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS.

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX

PUSTULE MALIGNÉ

MARCHE DE LA TEMPÉRATURE

DANS LE

TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION

INTRODUCTION.

La pustule maligne ne se montre qu'à de longs intervalles dans la plupart des hôpitaux de Paris. La Pitié et Cochin sont, pour ainsi dire, les seuls établissements où elle s'observe chaque année : cela tient uniquement à leur situation au milieu du quartier des tanneurs, des mégissiers, etc., qui ont presque uniquement la spécialité de cette affection dans les grandes villes ; nous verrons en effet plus loin, que la pustule maligne est une affection transmise à l'homme par les animaux atteints du charbon ou par leurs dépouilles.

Cette rareté de la maladie charbonneuse à Paris, nous explique pourquoi nombre de jeunes médecins qui ne se sont pas trouvés à fréquenter ces deux hôpitaux pendant leurs études quittent la capitale sans connaître la pustule maligne autrement que par la description qu'en donnent les auteurs, et sans jamais avoir observé eux-mêmes un seul cas de l'affection qui nous occupe.

Bien qu'ayant déjà suivi les deux hôpitaux en question

à plusieurs reprises dans le cours de nos études, nous commençons notre sixième année de médecine sans avoir jamais eu la chance de rencontrer cette affection, lorsque, dans ces derniers mois, nous avons eu successivement sous les yeux quatre cas de pustule maligne, dans le service de M. Després à l'hôpital Cochin.

Nous avons saisi avec empressement l'occasion que nous avons d'étudier cette affection si intéressante et toute nouvelle pour nous, et, grâce à M. Boncour, interne du service, qui, frappé de la marche de la température chez notre premier malade, a eu l'obligeance d'attirer notre attention sur ce sujet, nous nous sommes décidé à étudier avec soin les indications thermométriques, et à chercher si on ne pourrait pas en tirer quelque conclusion pratique.

M. Després nous sollicita à continuer nos recherches sur les autres malades qui s'offrirent à notre observation et nous engagea à faire de notre travail le sujet de notre thèse inaugurale. Depuis lors, il a bien voulu nous donner au lit du malade les indications qui nous étaient nécessaires pour mener notre sujet à bonne fin, et nous indiquer la marche que nous devons suivre dans ce petit travail. Nous le remercions ici de son extrême bienveillance, si bien connue des élèves, et nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

DIVISION.

Notre but n'est pas de donner une description complète de la pustule maligne, nous n'avons ni l'expérience

ni l'autorité voulue en pareille matière : du reste à l'heure actuelle, la maladie est parfaitement connue et il n'y a rien à ajouter aux monographies si complètes qu'ont publiées, dans ces dernières années, M. Ruimber de Châteaudun (1) et M. Bourgeois d'Étampes (2) : nous voulons seulement étudier la question de température dans le traitement par la cautérisation, traitement que nous avons toujours vu réussir.

Voici l'ordre que nous suivrons :

Dans notre première partie, nous résumerons les principaux faits relatifs à la pustule maligne ; les cinq observations inédites que nous possédons occuperont la deuxième ; enfin notre troisième sera consacrée à la discussion de nos observations : nous étudierons la température, nous verrons les relations qui existent entre la marche de celle-ci et le traitement ainsi que les conséquences qui en découlent.

Enfin quelques conclusions résumeront notre travail.

(1) Raimbert. Traité des maladies charbonneuses ; Paris, 1859.

(2) Bourgeois. Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, Paris, 1861.

PREMIERE PARTIE.

Quelques mots sur la pustule maligne et son traitement.

La pustule maligne est la manifestation habituelle du charbon chez l'homme. Elle rentre avec l'œdème malin des paupières dans la catégorie des affections charbonneuses de cause externe, admises par tout le monde par opposition au charbon symptomatique qui est très-rare, s'il existe, ce que tous les auteurs n'admettent pas. Cette affection est caractérisée à son début par une tache puis par une vésicule se changeant en une eschare presque toujours très-restreinte. Spécifique et de nature essentiellement septique et gangréneuse, la pustule maligne est le résultat de l'inoculation du virus charbonneux qui est susceptible d'une prompt absorption et qui peut donner lieu à la mort ou au moins à des accidents formidables quand on abandonne la maladie à elle-même. Toutefois la pustule maligne peut guérir seule à la suite d'une réaction énergique de l'économie au niveau du point contaminé; l'action du virus s'éteignant alors dans les parties sphacélées. C'est ce qui explique entre parenthèses les succès attribués à certaines médications qui n'avaient nulle action sur l'affection elle-même.

Certains auteurs, et M. Bourgeois d'Étampes (1) entre autres, prétendent que la contamination à lieu bien

(1) Loc. cit.

plus souvent, à travers l'épiderme que sur une peau excoriée : nous sommes porté à croire que c'est ordinairement par inoculation directe que l'affection se communique à l'homme ; soit qu'il se blesse par un corps contaminé, soit qu'il s'inocule le mal par une écorchure ou par une petite ulcération cutanée. Comment en effet, s'il en est autrement, expliquer l'unité habituelle de la pustule maligne qui est si rarement multiple ? M. Després pense que sur le point où existe une pustule maligne, il y avait antérieurement une écorchure récente qui a été ainsi une porte ouverte à l'inoculation.

La pustule maligne est une affection transmise à l'homme par les animaux affectés de charbon ; les animaux domestiques herbivores en sont très-souvent atteints, et ce sont presque toujours eux qui la communiquent à l'homme. Nos malades ont tous pris le charbon en maniant des peaux de chèvres ou de mouton. Toutes les parties d'un animal mort de charbon peuvent contaminer l'homme qui les touche, car le virus charbonneux se trouve répandu dans tous les liquides de l'organisme. Les dépouilles de ces animaux peuvent pendant un temps indéterminé transmettre l'affection, et les préparations industrielles qu'elles subissent seraient impuissantes, au dire des auteurs, à leur enlever leurs fâcheuses propriétés. Néanmoins nous croyons qu'en vieillissant le virus perd de son intensité et que ses propriétés septiques deviennent nulles au bout d'un certain temps. Peut-être ainsi pourrait-on expliquer la bénignité relative de l'affection à Paris et dans les grands centres industriels où la maladie n'est engendrée que

par des dépouilles d'animaux imprégnées d'un virus plus ou moins ancien ?

Les affections charbonneuses sont endémiques dans certains pays. Les travaux récents de Bouley et de Reynal (1) ont prouvé que cette affection se développe chez les bestiaux, quand ils sont soumis à des conditions en tout semblables à celles qui occasionnent les fièvres paludéennes et la malaria chez l'homme. Elles deviennent épidémiques, quand ces conditions se développent : c'est dans les mois les plus chauds de l'année, juillet, août, septembre, que ces effluves de la malaria s'exhalent. Les eaux stagnantes des marais superficiels ou souterrains acquièrent alors une odeur nauséabonde, par suite de la fermentation putride d'une grande quantité de végétaux. Il se produit des gaz délétères qui se répandent dans l'atmosphère que ces animaux respirent, qui se dissolvent dans les eaux qu'ils boivent, enfin qui pénètrent dans leurs aliments mêmes. Quand ces épidémies se montrent dans des contrées où le charbon n'est pas endémique, il faut admettre qu'elles doivent leur apparition à des débris d'animaux morts ou tués dans des pays à charbon.

On doit distinguer deux périodes bien tranchées dans la marche de la pustule maligne ; une première locale ou externe, et une seconde générale ou d'intoxication, quand il y a contamination de l'économie par suite de l'absorption de la matière virulente. Dans notre petit travail nous nous bornerons à la première période

(1) Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaire, art. Charbon, t. III, p. 464.

que nous avons seule observée, et à laquelle se rapporte uniquement notre sujet.

Dans la période locale, on voit se développer successivement une tache un peu saillante d'un rouge plus ou moins foncé, puis une vésicule ; le tout accompagné de démangeaison, mais sans trace de douleur ni de pus : ce qui montre bien la nature septique de l'affection et éloigne l'idée de toute inflammation primitive. Une eschare jaunâtre se forme bientôt ; elle survient secondairement, se déprime et s'entoure d'un cercle de vésicules semblables à la première, devant évoluer comme elle et portant le nom d'aréole vésiculaire. C'est là la pustule type, un peu plus tard les tissus sous-jacents se durcissent, se tuméfient, et constituent ce que M. Bourgeois a appelé la tumeur charbonneuse, pour la différencier de l'œdème mou qui se forme consécutivement autour de celle-ci et qui peut s'étendre fort loin.

Lorsque la pustule maligne passe à la seconde période, la lésion locale n'en continue pas moins sa marche progressive, et les phénomènes locaux et généraux s'aggravent simultanément.

La période d'intoxication offre des accidents ayant beaucoup d'analogie avec les fièvres putrides adynamiques.

La pustule maligne présente des différences nombreuses relatives aux régions où elle se développe, et sur une même région, elle est loin d'avoir toujours la même marche, la même intensité et la même gravité. On a invoqué pour expliquer ces différences la qualité du virus, sa quantité, etc., mais il faut tenir compte aussi

de l'idiosyncrasie du sujet. La pustule maligne peut se montrer multiple; on en a observé deux et trois chez le même individu.

Elle ne laisse pas d'immunité au sujet qui l'a eue, et elle peut reparaître chez lui un nombre de fois indéfini et à des époques plus ou moins rapprochées.

Bien des affections localisées dans l'épaisseur du derme peuvent être prises pour le charbon externe. On devra toujours se rappeler dans les cas embarrassants le manque de douleur, l'absence de pus et la tache gangréneuse qui sont les signes diagnostiques de la pustule maligne. On pourra utiliser aussi le procédé recommandé par M. Bourgeois et qui consiste à piquer l'eschare avec une épingle. Dans le cas de pustule maligne il ne sort pas une goutte de sang.

De plus il ne faudra pas négliger les renseignements que pourra fournir le malade sur sa profession, ses habitudes, sa demeure. Le diagnostic n'est du reste difficile qu'au début de l'affection; à sa période d'état la confusion est impossible.

La pustule maligne doit être regardée comme une maladie très-grave lorsqu'elle est abandonnée à elle-même: toutefois dans ces cas elle est loin d'être toujours mortelle. Elle est d'autant plus redoutable que l'on intervient plus tard, parce qu'une plus grande quantité de virus a pénétré dans l'organisme. Elle est plus meurtrière quand elle se montre sur la tête et sur le tronc; celle du cou est peut-être la plus dangereuse.

Notons ici que M. Després nous a fait remarquer, à propos du malade qui forme le sujet de notre troisième observation, que, contrairement à ce qui est géné-

ralement admis, la pustule maligne simple de la face prise à temps n'est pas grave, et qu'elle guérit très-rapidement. Notre malade a été guéri en moins de huit jours.

La mort n'est pas seule à craindre à la suite du charbon : il y a encore à redouter les difformités et les infirmités qui sont le résultat fatal des pertes de substance occasionnées par l'affection elle-même, ou par le traitement qu'on lui a opposé. C'est une maladie de tous les âges ; elle se montre chez la femme aussi bien que chez l'homme avec ses mêmes nuances de gravité : chez la femme enceinte elle provoque l'avortement.

Si l'organisme est miné par la maladie ou débilité par des excès de tout genre, elle se montre plus rebelle et entraîne souvent la mort des sujets. Enfin chez les buveurs elle amène très-souvent l'apparition du délire alcoolique et peut-être aussi localement des lésions concomitantes plus graves, ainsi que notre malade (*Observ. n° 1*) tendrait à le prouver. En dehors de ce cas jamais on n'observe de délire dans la pustule maligne.

Le traitement de la pustule maligne, reconnu le meilleur entre tous, est la cautérisation que l'on emploie seule ou dont on favorise l'action par l'incision cruciale de l'eschare, ou son extirpation. La cautérisation se fait soit avec le fer rouge, soit avec les différents caustiques potentiels, donc les plus employés sont la potasse caustique, le sublimé et le chlorure d'antimoine. De nos jours, le cautère actuel est peu employé ; on lui reproche de donner lieu à des eschares trop peu profondes, d'exiger plusieurs applications successives et de causer de vives douleurs, en même temps qu'un grand effroi aux ma-

lades. Par contre, il est très-utile et répond parfaitement aux indications quand le chirurgien a fait préalablement l'excision de l'eschare ; on éteint alors dans la plaie deux ou trois cautères qui ne font guère que la dessécher, et qui ont l'avantage de réveiller la vitalité des tissus.

Nous ne décrivons pas tous les procédés de cautérisation qu'emploient les divers praticiens ; nous exposerons seulement celui que nous avons vu employer constamment par M. Després. Il est très-simple, très-commode, et a toujours donné les résultats les plus heureux. Mais avant d'en arriver là, disons un mot des diverses médications qui ont été appliquées à l'affection qu'inous occupe.

A l'époque où le charbon externe était encore mal connu, on a eu recours à toutes sortes de moyens empiriques qui ont compté à leur actif plus ou moins de succès parce qu'on les appliquait indistinctement aux diverses affections cutanées, qui étaient alors confondues avec la pustule maligne. Beaucoup de ces remèdes ne valent pas la peine d'être mentionnés ; les tomates, l'oignon cuit, par exemple ; d'autres tels que les onguents *ægyptiac*, *styrax*, digestif, napolitain ont pu rendre des services, mais assurément ils ne suffisent pas à guérir la pustule maligne. M. Raimbert dit pourtant avoir obtenu plusieurs guérisons avec l'onguent de la mère mélangé avec de l'axonge camphrée.

L'écorce de chêne en décoction a été préconisée par le Dr Swchhann, qui aurait obtenu de beaux résultats.

Dans les journaux portugais du 3 mai 1873, nous voyons rapporté plusieurs cas de guérison obtenus par

l'application de la poix de Bourgogne sur les vésicules rompues.

Viennent ensuite l'écorce et les feuilles de noyer que le Dr Pomayrol fait connaître en 1853 comme le remède infailible de la pustule maligne. Raphaël de Provins reprend la question en 1857 et s'efforce, dans un mémoire à l'Académie, de prouver la supériorité de ce traitement sur tous les autres.

Enfin dans ces dernières années, depuis la découverte des bactériidies dans le sang des animaux morts du charbon, plusieurs praticiens distingués ont eu recours aux antiseptiques.

C'est ainsi que MM. Bréban et Luton, de Reims (1), ont employé avec succès le chlorure de soude en solution étendue. M. Guyon (2), à l'hôpital Necker, a obtenu les mêmes résultats avec l'acide sulfurique mono-hydraté ! Ces substances étaient maintenues en permanence au moyen d'éponges ou de compresses sur la tumeur charbonneuse, préalablement incisée en plusieurs points.

Enfin, dans un cas désespéré, M. Cézard de Varennes (3), en Argonne, a sauvé son malade en injectant dans le tissu cellulaire périphérique à la tumeur charbonneuse, dans un cas d'œdème malin, une solution d'iodure de potassium iodurée au cinq centième.

Nous voyons que les résultats obtenus par les agents dits antiseptiques sont très-encourageants ; mais, malgré tout, la question n'est pas jugée, elle est toujours à l'étude.

(1) Haneur. *Maladie charbonneuse*, thèse de Paris, 1875.

(2) Id.

(3) Bull. de l'Acad. des sciences, 1874.

Nous ne dirons rien des émissions sanguines qui, nées de la théorie de l'irritation et préconisées par Régnier (1) au commencement de ce siècle, n'ont pas survécu à leur inventeur; et nous passerons de suite aux moyens curatifs des auteurs actuels: ils comprennent l'extirpation ou la cautérisation, isolément ou simultanément employées.

L'expérience a prouvé que l'extirpation seule était un moyen infidèle. Si on l'emploie, il faut toujours y joindre la cautérisation au fer rouge, ainsi que cela a été pratiqué par M. le professeur Dolbeau pour le malade qui fait le sujet de notre cinquième observation.

Le moyen le plus employé aujourd'hui, c'est la cautérisation par les caustiques potentiels; nous avons dit que les plus employés étaient surtout le sublimé, la potasse et le chlorure d'antimoine, qui doivent leur préférence à leur action énergique, en même temps que limitée.

Tous ces modes de cautérisation se ressemblent; nous nous contenterons de décrire celui que nous avons vu employer par M. Després.

Cet habile chirurgien se sert comme agent destructeur du chlorure de zinc, qu'il emploie sous forme d'amadou caustique. (Amadou trempé dans une solution saturée de chlorure de zinc, dix-huit parties de chlorure de zinc pour quinze d'eau.)

Il commence par fendre l'eschare en croix dans toute sa profondeur, ce qu'il reconnaît à l'écoulement du sang qui se produit dès qu'il atteint les tissus sous-jacents à

(1) Régnier. Traité de la pustule maligne, 1829.

l'eschare ; il écarte ensuite les lambeaux de l'incision et bourre le fond de la plaie avec de petites boulettes d'amadou caustique.

Si l'eschare est trop profonde pour permettre de porter facilement le caustique au fond, il excise alors les quatre lambeaux, ce qui lui donne la facilité d'agir plus aisément.

Le caustique reste vingt-quatre heures en place recouvert d'un cataplasme qui modère l'inflammation provoquée. On le retire alors pour laisser en permanence les émollients si la cautérisation a paru suffisante ; dans le cas contraire, une nouvelle cautérisation est faite. Ce moyen très-simple présente les avantages suivants :

Le caustique n'agit que sur l'eschare qu'il imbibe et sur la zone qui la circonscrit ; il borne donc son action aux limites les plus restreintes. Il n'est pas douloureux, n'amène aucun accident d'intoxication, et enfin permet le lendemain de voir au fond de l'eschare et de juger si la cautérisation a été suffisante. Si, en effet, en incisant le fond de l'eschare on trouve des traces de pus ou même un peu d'humidité, on doit juger la cautérisation suffisante ; si, au contraire, on trouve du sang sous l'eschare, il faut renouveler le caustique. Cet état des tissus sous l'eschare était jusqu'ici le guide le plus sûr pour M. Després et lui indiquait le moment où les cautérisations devenaient inutiles. La théorie acceptée par ce chirurgien est celle-ci : Lorsque l'élimination franche de l'eschare est commencée, la pustule maligne est arrêtée et la preuve du travail éliminateur est une couche séropurulente au-dessous de l'eschare, entre celle-ci et les parties demeurées saines.

Nous essaierons dans notre troisième partie de prouver que l'on peut aussi tenir compte de la chute de la température ; c'est du reste l'avis de M. Després.

DEUXIÈME PARTIE.

Obs. I. (Rédigée par M. Boncourt, interne du service). — Pustule maligne de l'avant-bras, délire alcoolique, phlébite suppurée.

Roge (Jean), âgé de 34 ans, mégissier, couché au n° 23 de la salle Cochin, est entré dans le service de M. Després le 15 juillet 1876.

Ce malade raconte qu'il y a quatre jours, un matin, en se réveillant, il aperçut sur la partie interne de son avant-bras un petit bouton qui lui causait de la démangeaison ; il ne s'en préoccupa pas davantage et continua à travailler. Le troisième jour il vit une série de petites vésicules formant un cercle autour du petit bouton transformé lui-même en vésicule ; en même temps le bras s'était gonflé. Enfin, le quatrième jour, le gonflement ayant augmenté, la douleur étant plus vive, il se décida à venir à la consultation.

C'est un homme robuste qui, comme tous ceux de son état, n'est pas sobre de liqueurs alcooliques.

Le 15 juillet, matin. — L'avant-bras droit présente un gonflement considérable ne remontant pas cependant au-dessus du pli du coude ; au tiers supérieur et à la partie interne, on voit une petite plaque noire de nature gangréneuse et de la largeur d'une pièce de 50 centimes ; autour de cette plaque un soulèvement de l'épiderme, résultant de la réunion des vésicules et contenant un liquide louche.

Une rougeur inflammatoire s'effaçant à la pression, régné sur les deux tiers supérieurs de l'avant-bras. Dans l'aisselle on trouve quelques ganglions engorgés et douloureux.

Le malade a de la fièvre; la peau est chaude, le pouls est fréquent; la langue est blanche, l'appétit nul.

Quoique le malade ne puisse donner aucun renseignement sur la cause de l'affection qu'il porte; qu'il ne puisse dire s'il a été piqué par une mouche ou s'il s'est un peu écorché en travaillant; la marche de la maladie, la plaque gangréneuse entourée de soulèvement épidermique; enfin les conditions dans lesquelles le malade se trouve, c'est-à-dire son état de mégissier, ne permettent pas de rester dans le doute pour le diagnostic. On a affaire à une pustule maligne.

T. A., 39°,5.

Immédiatement M. Després met en pratique son traitement habituel pour les cas de ce genre. Incision cruciale de toute la plaque gangréneuse, excision des parties sphacélées; enfin cautérisation avec l'amadou caustique.

Le membre est enveloppé dans des compresses d'eau de sureau et recouvert d'un cataplasme; soir, gonflement considérable, il gagne le bras: la rougeur s'est également étendue.

La fièvre est forte, il a un peu de gêne dans la respiration.

T. A., 40°,3.

Le 16, matin. Le gonflement a augmenté, la peau est d'un rouge foncé sur tout l'avant-bras et une partie du bras: à la partie inférieure de l'avant-bras et sur la

face antérieure l'épiderme est soulevé par une sérosité sanguinolente.

Il a toujours de la gêne respiratoire.

Le malade prend une bouteille d'eau de Sedlitz.

T. A., 40°; le soir, excision nouvelle des parties mortifiées, et seconde cautérisation avec l'amadou caustique.

T. A., 40°, 4.

Le 17, matin. Le gonflement est toujours considérable, cependant les parties sont un peu plus souples.

T. A., 37° 9; le soir, T. A., 38°.

Le 18, matin. Le gonflement a diminué un peu, les parties sont plus souples.

Déjà un peu de pus apparaît au fond de la plaie, un cercle d'un rouge intense se forme autour.

T. A., 38°; le soir, 38°, 4.

Le 19. Le malade a eu un peu de délire pendant la nuit, il a voulu se lever; subdélirium à la visite du médecin. Le gonflement de l'avant-bras a beaucoup diminué. On donne un litre de vin.

T. A., 37°, 3.

Le 20. Délire bruyant et violent, on est forcé d'appliquer la camisole; un litre de vin est ordonné pour la journée; on applique à la partie interne des deux cuisses un vésicatoire de la largeur d'une pièce de 5 francs. Pilule d'opium de 0,05 centig.

Le 21, matin. Délire plus calme, on enlève la camisole.

Le soir : Le malade est dans le calme complet; il ne paraît pas comprendre ce qui se fait autour de lui; il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La pupille est très-dilatée, le frottement de la cornée ne provoque pas de clignement. La piqûre avec une épingle

sur le trajet des membres ne provoque ni cris ni mouvement. La piqure de la plante des pieds est ressentie, et à partir de ce moment, on pique le malade en un autre endroit, il fait des mouvements pour fuir la douleur.

Le 22. L'abattement est complet ; décubitus dorsal ; fixité des yeux ; si on soulève un de ses membres supérieurs, il reste dans la position qu'on lui a donnée ; le même phénomène n'existe pas pour les membres inférieurs que leur poids fait retomber lourdement sur le lit. Du reste, pas la moindre contracture. Le malade ne parle pas. Cependant, il paraît comprendre, car il répond par signes aux quelques questions qu'on lui adresse ; il montre la langue si on la lui demande. Il n'a pas uriné depuis hier matin et cependant la vessie n'est pas distendue ; il est vrai de dire qu'il a eu des sueurs abondantes ; le corps, en effet, est couvert de sudamina.

Lavement au séné et sulfate de soude ; 1 litre de vin.

Le 23. Retour de la parole ; intelligence complète ; l'appétit est considérable.

Le 24. Même état qu'hier. Le bras est complètement dégonflé.

Le 28. Chute de l'eschare, ulcération de la largeur d'une pièce de 5 francs. De chaque côté du fond de l'ulcération qui s'arrête à l'aponévrose musculaire, on aperçoit une veine remplie par un caillot et recouverte de bourgeons charnus.

4 août. Les bords de la plaie sont rouges, violacés, gonflés, très-douloureux à la pression. L'appétit est moindre ; une des veines (l'interne) s'est rompue et a donné lieu à un petit écoulement de sang.

T. 38,8.

Le 5. Le malade est mieux ; moins de gonflement au niveau de la plaie ; le pus sort facilement, en comprimant de haut en bas les bords décollés de l'ulcération.

Le 11. L'ulcération a toujours à peu près la même largeur, ses bords sont toujours décollés et sécrètent du pus. Du reste, l'état général est très-bon.

Le 28. La plaie est pâle et bourgeonne peu, la veine la plus interne est toujours recouverte de bourgeons charnus. Pour ranimer la plaie, on fait des applications de teinture d'iode. Sur le trajet de la veine mortifiée, la peau est décollée jusqu'au poignet où le pus a creusé un orifice.

1^{er} septembre. La plaie est toujours pâle et atone ; la cicatrisation marche très-lentement. Application de teinture d'iode, pansement au vin aromatique.

Le 8. Le malade prend chaque jour 50 centigrammes de potassium.

Le 15. Il quitte l'hôpital ; pansement avec les bandes-lettes de diachylon.

Tous les huit jours, le malade vient se faire changer le pansement.

Le 30. La cicatrisation est complète. Le malade ne se présente plus à la consultation.

Obs. II. (Personnelle). — Pustule maligne de l'avant-bras, marche régulière.

Le 4 septembre 1876, Delafond (Julien) se présente à la consultation de M. Després. C'est un garçon de 20 ans, boucher, d'une constitution très-robuste.

Le malade raconte avoir dépouillé, le 22 août, des moutons atteints de sang de rate, dont on ne voulait pas perdre la peau. Quatre jours après, samedi 26, le malade aperçoit sur son bras un bouton auquel il ne fait aucune attention. Le 31, il voit se former une petite vésicule sur le sommet de la petite tumeur. Huit jours juste après l'apparition de la pustule et trois jours après la naissance de la vésicule, celle-ci se rompt et s'agrandit. Aussitôt, le bras a commencé à enfler, de sorte que le soir, la rougeur et l'enffure avaient la largeur de la main. Ceci se passait le 2 septembre. Le dimanche 3, le malade remarque un point central grisâtre, qui devient de plus en plus noir, mais qui ne semble pas augmenter d'étendue. La rougeur et le gonflement s'étendent de la main au coude. Le malade est forcé de cesser son travail à midi, ce n'était qu'avec peine qu'il s'y était mis le matin. Il éprouve un mal de tête violent, de la douleur dans le cou et dans le bras, anorexie. Il n'a pas dormi la nuit dernière; il a été agité. Les nuits précédentes avaient été bonnes.

4 septembre. L'examen du malade que nous faisons à la consultation, nous montre qu'il porte à la face postérieure de l'avant-bras droit une eschare noire qui nous offre les dimensions suivantes: 17 millimètres de longueur sur 8 de largeur. Elle est sèche, adhérente aux tissus voisins et entourée d'une couronne complète de vésicules qui renferment un liquide transparent et citrin. Ce liquide que la rupture d'une grosse vésicule rendait libre était parfaitement séreux et donnait au toucher la sensation de la sérosité du vésicatoire. Le diagnostic était tout fait, et pendant que M. Després s'apprêtait

à cautériser; nous avons appliqué le thermomètre dans l'aisselle du côté sain; il a atteint :

T. A. 38°,5. P. 90.

Nous avons constaté, en outre, que toute la région postérieure de l'avant-bras et de la main était rouge et tuméfiée. Cette rougeur s'efface sous le doigt; elle est dure, élastique, rénitente, et diffère complètement de l'œdème mou inflammatoire, surtout au voisinage de l'eschare. La circonférence du bras au niveau de l'eschare dépasse de 5 centimètres celle du côté sain (26 centimètres 24). Les ganglions axillaires sont douloureux; on en sent deux ou trois gros comme une noisette, qui roulent sous le doigt. Le ganglion épitrochléen n'est pas pris.

Après avoir fendu l'eschare dans toute sa profondeur par une incision cruciale, M. Després a bourré le fond de la plaie avec l'amadou caustique. Celui-ci a été porté à une profondeur de plus d'un centimètre jusque sur les tissus sains qui ont donné du sang. — Cataplasme.

Soir. P. 90. T. 38°,5.

Le malade se trouve bien. Langue bonne. Les vésicules se sont aplaties, l'eschare est entourée d'un bourrelet inflammatoire d'un centimètre de largeur qui tranche par sa dureté et son rouge intense, sur les parties voisines.

Le 5. M., P. 60. T. 37°,3.

Le malade a eu toute la nuit un léger mouvement fébrile qui l'a empêché de dormir. La rougeur a pâli, mais s'est étendue avec le gonflement jusqu'au milieu du bras.

Les ganglions axillaires sont moins douloureux.

Delon.

On enlève l'amadou caustique et on touche le fond de l'eschare avec un pinceau fin imbibé de chlorure de zinc.

M. Després attribue l'extension du gonflement aux grands cataplasmes qui ont été appliqués depuis la veille.
S., T. 38.

Le 6, M. Le malade a bon appétit ; il a bien mangé hier. Léger mouvement fébrile cette nuit.

La rougeur a augmenté du côté du bras. On met un morceau d'amadou dans le fond de la plaie.

P. 60°, T. 37°, 8.

S. T. 38.

On enlève l'amadou.

Le 7. M. Tous les symptômes locaux ont diminué ; il ne reste plus que le gonflement éliminatoire autour de l'eschare qui l'a fait souffrir.

T. 37°, 3.

Le 8. M. L'eschare se sépare des tissus voisins ; elle mesure 26 millimètres dans son diamètre longitudinal et 20 transversalement.

T. 37°, 6. Soir. T. 37°, 4.

Le 9. M. Il ne reste plus que la tuméfaction éliminatoire.

T. 37°, 8. Soir, 38.

Le 10. La rougeur éliminatoire disparaît.

T. 37° 6.

Le 12. Sillon éliminatoire très-marqué ; l'eschare est libre à une profondeur de 1½ centimètre.

Le 15. L'eschare tombe le neuvième jour de la cautérisation ; elle laisse une plaie de 5 millimètres de profondeur sur 250 millimètres de diamètre.

Le 20. La plaie est comblée par les bourgeons charnus que l'on touche avec le nitrate d'argent.

Le 25. Suppression des cataplasmes par suite d'atonie de la plaie. Vin aromatique.

Le 29. Pansement simple.

Le 30. Le malade sort. Pansement avec les bandellettes de diachylon.

6 octobre. Le malade vient faire renouveler son pansement à la consultation.

Le 10. Le malade revient pour la dernière fois.

Obs. III. — Pustule maligne de la région malar (marche régulière et guérison très-rapide).

Kocher (Guillaume), âgé de 26 ans, mégissier, entre à l'hôpital Cochin. Il n'est pas alcoolique et jouit d'une excellente santé.

Il se présente à la consultation du 23 septembre.

Il porte sur la région malar droite une tache noire légèrement ovale d'un centimètre de diamètre environ et entourée de débris de vésicules, le tout reposant sur une partie tuméfiée et rouge, limitée à la région.

Le diagnostic est évident, c'est une pustule maligne.

Nous prenons de suite la température, qui nous donne 38°,9.

M. Després a attaqué de suite le mal par la cautérisation, suivant son procédé habituel : incision cruciale, amadou caustique. On ordonne des cataplasmes en permanence.

C'est mercredi soir, 20 septembre, en rentrant de son

travail, qu'il se fit mettre un cataplasme sur un bouton, qui existait depuis huit jours, afin de le faire percer. Il a percé, en effet, dans la nuit, en donnant issue à un liquide sanguinolent. Le jeudi matin, il a vu une petite tache noire entourée de petits boutons. Il a travaillé jusqu'à ce matin. Il mettait des cataplasmes nuit et jour. Bon appétit.

Soir. T. 38°,4.

Le 25. L'eschare tranchait nettement sur les parties voisines; elle est très-sèche et très-dure. Légère humidité au fond. La rougeur et l'œdème périphérique diminuent ainsi que l'injection de la conjonctive oculaire que nous avons notée la veille; ces symptômes restent surtout marqués à la partie supérieure et interne là où le tissu cellulaire est le plus abondant.

T. M. 37°,9. S. 38.

Le 26. La rougeur rétrograde, l'injection oculaire a cessé, le sillon d'élimination est très-marqué, et le pus se montre autour de l'eschare. Le fond de la plaie est plus humide sans trace bien manifeste de pus.

T. M. 38.

Le 27. L'eschare se mobilise de plus en plus; il n'existe plus qu'un peu de rougeur le long du bord inférieur de la paupière. Pus manifeste au fond de la plaie.

T. M. 37°,7.

Le 28. L'eschare est très-mobile; elle fait une saillie de 3 millimètres sur les téguments. Plus trace de gonflement et de rougeur.

T. 37°,7.

Le 29. L'eschare est tombée cinq jours après la cau-

térisation. Elle laisse une plaie d'une profondeur de 2 à 3 millimètres et dont le diamètre est environ de 1 centimètre et demi. Les bourgeons charnus sont très-beaux.

Le malade quitte l'hôpital. — Pansement simple.

Le 15 octobre, c'est-à-dire quinze jours après sa sortie, tout était complètement fini.

Obs. IV. (Personnelle.) — Pustules malignes de la paupière supérieure, œdème malin primitif.

Héritier (Jean) est un homme robuste, sobre, âgé de 25 ans, mégissier de son état.

Il raconte que le samedi, 28 octobre, il éprouva à son réveil de la difficulté à ouvrir l'œil droit ; la paupière supérieure était tuméfiée.

Il va à ses occupations habituelles, mais l'enflure ne faisant qu'augmenter dans la journée, il est de plus en plus gêné pour voir de l'œil droit. Il n'éprouve aucun malaise par ailleurs et prend ses repas d'un bon appétit.

La nuit est mauvaise, et le 29 au matin, l'œil est complètement fermé. Ce n'est qu'avec difficulté qu'il parvient à l'ouvrir en écartant avec les doigts la paupière supérieure,

Le 29. Le malade travaille jusqu'à son déjeuner qu'il prend avec plaisir, mais après il se couche, il éprouve des tiraillements et un sentiment de tension énorme dans la région oculaire. Le soir, il ne dîne pas, il n'éprouve cependant aucun malaise autre que celui que

nous avons signalé plus haut, et qui ne fait qu'augmenter. Mouvement fébrile pendant la nuit.

Le 30. Il garde le lit toute la journée ; il ne prend que du bouillon. Nuit agitée, souffrances.

Le 31. Le malade arrive à la consultation de M. Després. Il présente toute la moitié droite de la face et du cou déformée par un œdème considérable qui atteint la partie temporale du cuir chevelu, s'étend jusqu'à l'oreille inclusivement et qui gagne toute la moitié droite de la région cervicale. En dedans, il s'arrête à la partie médiane. Toutes les parties tuméfiées présentent une coloration rouge intense. Cet œdème, au niveau de la paupière supérieure, est dur, résistant, et ces caractères diminuent à mesure que l'on se rapproche de la périphérie de la tuméfaction.

La paupière supérieure est marbrée de taches noires ou plutôt violacées, qui ne sont que des eschares commençantes mal circonscrites. Pas de vésicules. Pas de ganglions, dont la recherche est rendue difficile par l'œdème.

Temp. 39°,4.

M. Després incise jusqu'au sang les plaques gangréneuses et enfonce un morceau d'amadou caustique. Il fait ainsi deux cautérisations : une à l'angle interne, l'autre à l'angle externe de la paupière. Le malade a bon appétit et n'éprouve pas de symptômes généraux. — Cataplasmes et eau de sureau.

1^{er} novembre. Même état. Le malade ne souffre pas. Les eschares déterminées par le caustique sont limitées nettement. M. Després cautérise un nouveau point grisâtre qui se montre sur la partie médiane de la pau-

pière. Il en fait autant au milieu du cou, où le malade s'est inoculé une pustule maligne en se grattant, postérieurement à l'inoculation de la paupière, car cette pustule a au moins trois jours de moins que la pustule de la paupière.

T. M. 38°,7; S. 38°,5.

Le 2. Nouvelle cautérisation à la partie externe au niveau d'un point vasculaire violacé et noirâtre. Même état par ailleurs. Bon appétit.

T. S. 37°,9.

Le 3. Plus de fièvre, température normale, état local satisfaisant.

T. 37°,3.

Le 4. Diminution considérable des sympômes locaux. L'enflure a disparu en grande partie; plus d'œdème dur; seul l'œdème mou inflammatoire existe sur la joue. Toute la partie cutanée de la paupière ne forme qu'une vaste eschare. Plus de fièvre.

T. M. 37°,3.

Le 5. Les parties mortifiées se séparent des tissus sains. L'enflure se limite de plus en plus à la paupière seule.

Le 6. L'eschare du cou tombe le cinquième jour de la cautérisation.

Le 7. Le malade commence à pouvoir relever un peu la paupière supérieure.

Le 10. L'eschare ne forme plus qu'une masse molle qui ne tient plus que par quelques tractus cellulaires. Elle est soulevée par une suppuration très-abondante.

Le 15. Chute de l'eschare. Toute la paupière supé-

rieure ne forme qu'une plaie; suppuration très-abondante. Les différentes couches de la paupière sont tuméfiées et épaissies, ce qui explique la difficulté qu'éprouve le malade à ouvrir l'œil.

Le 20. Même état. La plaie va bien; le bord palpébral commence à se relever en haut. Le cartilage tarse commence à se luxer.

Le malade est assujetti à la formation d'un ectropion cicatriciel qui commence et auquel on remédiera en temps voulu.

Obs. V. — Pustule maligne de l'avant-bras droit
(observation recueillie dans le service de M. le professeur Dolbeau, par M. Jayavay, son interne, à l'obligeance duquel nous la devons.

Le nommé Eve (François), âgé de 34 ans, bouchèr, entre le 25 octobre 1876 dans le service de M. Dolbeau.

Ce malade se présente à la consultation pour un gonflement œdémateux de l'avant-bras et de la main. Sur la face dorsale et palmaire de la région antibrachiale existent des traînées d'angioleucites qui montent jusqu'au-dessous du coude. Quelques écorchures à la main; mais ce qui frappe dès l'abord, c'est l'existence sur la partie moyenne de l'avant-bras d'une petite ulcération noirâtre au centre, indurée et rouge à la périphérie, sans aréole vésiculeuse bien caractérisée. Le malade raconte qu'il a vu apparaître sur ce point un petit bouton blanchâtre, rempli de liquide, qu'il a écorché sans y prêter plus d'attention. Eve est admis salle Saint-Felix. — Cataplasmes.

Le 26. A la visite de matin, M. Dôlbeau constate un gonflement de l'avant-bras plus considérable que la veille. L'état général du malade est moins satisfaisant. D'ailleurs, hier soir, le thermomètre est monté à 40°.

A la région antibrachiale existe toujours une eschère noirâtre, entourée aujourd'hui de quelques vésicules.

Le malade, interrogé avec soin, donne les détails suivants :

Le gonflement et la rougeur auraient débuté il y trois jours seulement, et c'est pour cela qu'il est venu consulter. Huit jours avant, il avait dépouillé un mouton malade pour avoir la peau, et ce ne serait que cinq ou six jours plus tard qu'aurait apparu le petit bouton vésiculeux qu'il a écorché. Dès lors se serait produit la rougeur périphérique et le gonflement du membre correspondant. Quoi qu'il en soit, en présence de l'état général déjà peu satisfaisant, surtout en présence de ce fait qu'il n'y a aucune tendance à la suppuration vers le point ulcéré (une piqûre profonde faite à ce niveau ne fait sourdre qu'un liquide séreux), M. Dolbeau porte un pronostic grave et se décide à intervenir sans plus tarder.

Le mal est circonscrit par une incision qui va jusqu'à l'aponévrose superficielle de l'avant-bras. Il est extirpé largement. Un ou deux cautères sont éteints dans la plaie. — Pansement à l'alcool.

A l'intérieur, acide salicilique par paquets de 0 gr. 50, jusqu'à 10 gr.

Le 27. L'avant-bras présente encore des traînées d'angioleucite.

P. 104. T. 38, S. 38°, 6.

Delon.

5

Le 28. Le gonflement a notablement diminué. Etat général satisfaisant.

T. 38°.

Le 30. Le malade va bien, l'angioleucite a disparu, ainsi que le gonflement. — Eau de Sedlitz.

T. 37°,8

Le sang du malade a été examiné par M. Hayem : ni bactéries, ni vibrions.

1^{er} novembre. Toute trace d'accident a disparu. Il ne reste qu'une brûlure profonde produite par le fer rouge. Pansement simple.

Le 5. Chute de l'eschare.

Le 10. La cicatrisation est complète.

TROISIÈME PARTIE

Utilité de la connaissance de la température pour indiquer le moment où il devient inutile de cautériser.

Après avoir passé en revue les différents traitements qui ont été mis en œuvre contre l'affection qui nous occupe, nous avons montré que seule la cautérisation était restée comme le procédé le plus efficace à opposer à la pustule maligne ; nous avons vu que c'est le moyen rationnel le plus sûr et par conséquent celui que nous devons mettre en usage à l'occasion. Nous avons aussi indiqué le procédé que nous avons toujours vu employer par M. Després et signalé les avantages qu'il présente. Il nous reste maintenant à étudier un point délicat de ce traitement, à savoir à quel moment on doit cesser la cautérisation.

En effet, on aura bien cautérisé largement et profondément ; jamais, séance tenante, on ne peut être sûr d'avoir éteint l'affection dans son foyer. On pourra avoir pour soi les plus grandes probabilités, on aura eu beau suivre les règles que nous ont tracées les praticiens les plus autorisés, on aura beau avoir pour soi l'expérience en pareille matière, toujours il faudra réserver l'avenir et se tenir sur ses gardes.

Ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures, alors qu'on peut apprécier l'effet du caustique sur l'état local, que l'on trouve certains signes sur lesquels le chirurgien doit guider sa conduite.

Nélaton dit à ce sujet dans sa *Pathologie externe* : « On trouve, le lendemain de la cautérisation, une eschare noire : si la douleur a disparu, si l'inflammation est modérée, si la tuméfaction n'a fait aucun progrès, on juge que la cautérisation a été efficace ; au contraire, lorsque l'engorgement a augmenté, que la douleur prurigineuse continue, que l'aréole commence à se former, il est manifeste que la cautérisation a été insuffisante. »

Follin se contente d'énumérer les signes qui guident les médecins de la Beauce dans leurs cautérisations par le bichlorure de mercure, et il s'exprime à peu près ainsi :

« Les médecins de la Beauce, qui se servent de sublimé, indiquent les signes suivants comme pouvant guider le médecin dans sa conduite :

« Vingt-quatre heures après l'application du caustique, si le malade a beaucoup souffert, ce qui indique que le caustique a touché les parties saines placées au-dessous et au pourtour de l'eschare ; si une eschare convenable s'est produite ; s'il existe au pourtour de cette eschare un cercle vésiculeux contenant un liquide séro-purulent, ce qui démontre, de la part des parties malades, un retour à leurs fonctions normales, les accidents produits par la pustule sont enrayés. Par contre, si le malade n'a pas du tout, ou peu souffert, si le cercle vésiculeux n'est pas formé ; si l'on voit le gonflement œdémateux s'étendre, il faut pratiquer une nouvelle cautérisation. » Ajoutons que dans les monographies de M. Raimbert, de Châteaudun, et de

M. Bourgeois, d'Etampes, nous n'avons rien trouvé de précis sur le point qui nous occupe.

Nous voyons que l'énumération de ces signes laisse une grande initiative au chirurgien, car si on en fait une analyse approfondie, on voit qu'ils sont loin de trancher nettement la question.

En effet, quant aux symptômes subjectifs fournis par le malade, on ne saurait y attribuer une grande valeur : la douleur, la souffrance varient trop avec le tempérament des sujets pour qu'on puisse s'y rapporter; de plus elles varient avec le nombre, l'étendue des eschares, la région cautérisée et surtout avec les différentes substances employées pour détruire le mal.

Quant à la diminution du gonflement ou à son état stationnaire, nous ne croyons pas qu'il puisse diminuer si rapidement : le fait même de la cautérisation ne plaide-t-il pas contre ce signe. Comment, en effet, admettre que la réaction inflammatoire produite par le caustique amène sur la région une diminution du gonflement. De plus, si on applique des émollients sur la région sitôt la cautérisation, n'y a-t-il pas lieu de tenir compte de leur action sur les tissus au point de vue du gonflement? Nous savons en effet que le cataplasme cause toujours autour d'une inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse un œdème plus ou moins étendu qui rappelle l'œdème de retour du phlegmon diffus de Vidal de Cassis. Il est bon d'ajouter que cet œdème est pâle et non rouge.

D'autre part, il n'est pas si facile qu'on pourrait le penser de différencier la réaction inflammatoire qui se forme autour d'une eschare suffisante d'une nouvelle

aréole d'extension morbide. Le gonflement de la partie, la déformation qu'amène l'eschare prêtent beaucoup à la confusion.

Enfin le cercle vésiculeux sera purulent au pourtour de l'eschare, si, ce que nous ne savons, il se différencie nettement du cercle vésiculaire primitif, a du moins l'inconvénient d'être spécial au traitement par le sublimé et par suite d'avoir une signification restreinte.

Notre but cependant n'est pas de démontrer que les signes que donnent les auteurs pour guider le chirurgien n'ont aucune valeur; loin de nous cette pensée, nous voulons seulement faire voir que le jeune praticien n'a aucun guide sûr qui lui dicte nettement sa conduite: en effet, tous ces signes demandent un degré d'appréciation que la pratique seule permet d'acquérir. Rappelons ici pour mémoire le procédé qu'emploie Després en pareille circonstance. Nous l'avons décrit dans notre première partie; nous savons qu'il consiste dans la recherche de la couche séro-purulente sous-jacente à l'eschare.

Voyons donc maintenant si l'étude de la marche de la température dans le traitement par la cautérisation peut nous fournir quelques indications que l'on puisse ajouter à celles que nous venons de passer en revue.

Les auteurs classiques restent complètement muets sur la question de température dans la pustule maligne, et il en est de même des différentes monographies qui ont été publiées sur ce sujet. Ils ne parlent des symptômes fébriles qu'au moment où la pustule maligne passe à sa troisième période, c'est-à-dire quand les phénomènes généraux apparaissent.

Les recherches que nous avons entreprises montrent cependant que la température s'élève dès le moment où l'eschare se montre, et chez tous nos malades, le thermomètre nous a donné ces résultats. Cette idée que nous croyions nouvelle, nous la trouvons émise dans une thèse soutenue en 1873 (Tardif. *La pustule maligne observée à Paris*), où nous lisons : « avec la vésicule et l'eschare apparaît la fièvre : élévation de température, malaise général. » Et plus loin : « la fièvre se montre dès que les accidents locaux prennent une certaine gravité. »

Ainsi donc il y a de la fièvre au moment où les malades viennent en général consulter, c'est-à-dire au moment où l'eschare se montre. De plus, si nous prenons le moment d'apparition de l'eschare comme le point de départ de l'âge de l'affection, (et nous prenons l'eschare comme le caractère le plus capable d'attirer l'attention des malades et le plus constant dans les différents modes d'inoculation), nous voyons que plus l'eschare est ancienne plus la température s'élève.

Ainsi 24 heures après l'apparition de l'eschare, la température était de 38°,5 (obs. 2).

48 heures après, température 39° (obs. 3).

72 heures après, température 40° (obs. 5).

Quant à l'observation 1, il a été impossible d'avoir du malade des renseignements précis sur l'apparition de l'eschare. Si on se rapportait à ce qu'il dit, chez lui la température aurait monté beaucoup plus rapidement que chez nos autres malades. Dans tous les cas, à son entrée, avec une eschare des dimensions d'une pièce de 50 centimes, il avait une température de 39°,5. Pour notre observation 4, soixante-douze heures après l'ap-

parition de l'œdème palpébral, notre malade avait une température de 39°,5.

Nous croyons donc, d'une part, que l'élévation de la température débute avec la période d'évolution de la pustule maligne, et, d'autre part, que le mouvement fébrile s'accroît en même temps que les phénomènes locaux.

Étudions maintenant quel est l'effet de la cautérisation sur l'état fébrile. En jetant un coup d'œil sur nos observations, on voit que dans toutes, la première exceptée, la première cautérisation a amené dans les vingt-quatre heures non-seulement un arrêt dans la marche ascendante de la température, mais qu'il y a toujours eu une véritable chute d'un ou de plusieurs degrés. Cette chute se fait plus ou moins rapidement. Dans quelques cas elle s'était produite le soir même de la cautérisation, et nous l'avons notée dans l'observation n° 3 en particulier ; dans d'autres au contraire, la température arrêtée par la cautérisation a été plus lente à tomber, ce n'est que dans la nuit que la chute s'est opérée. (Obs. n° 2.)

Pour expliquer l'exception que nous offre notre observation n° 1, nous dirons que dans ce cas particulier, la cautérisation n'avait pas été assez énergique, en un mot, que le chirurgien ne s'était pas rendu maître de la maladie ; d'ailleurs, le malade avait une angioleucite diffuse du bras qui, à la rigueur, peut expliquer le maintien de la température à un degré élevé. Nous aimons mieux croire que, dans nos quatre autres observations, l'ascension de la température a été arrêtée de suite par la cautérisation, c'est que celle-ci

avait été efficace, c'est qu'elle avait éteint le mal dans son foyer. Ici au contraire, l'étude de la marche de la température, qui monte encore d'un degré, prouve bien que la maladie continuait son cours, et par suite, que la cautérisation avait été insuffisante. Et en effet, s'il en était autrement, comment se ferait-il que la température ayant atteint 40°,5 après la première application caustique, tombe de suite à 38° après une seconde, et cela dans moins de douze heures ; l'état du membre étant à peu près le même.

Cette chute de trois degrés et demi consécutive à la seconde cautérisation, alors que le thermomètre avait encore monté d'un degré après la première, montre bien, à notre avis d'une part, l'inefficacité de la première cautérisation, et d'autre part l'efficacité de la seconde. Du reste, la seconde cautérisation n'a été faite qu'à cause de l'absence, au niveau de la pustule, des signes qu'ont donnés les auteurs comme appartenant à une cautérisation suffisante, et notamment à cause de l'absence de pus au fond de l'eschare et d'apparence de suppuration à son pourtour. Le fond de la première eschare, incisé couche par couche, avait amené du sang.

Nous dirons donc qu'après une cautérisation suffisante, il y a toujours une chute de la température d'un ou de plusieurs degrés, et nous ajouterons que dans la suite la température ne remonte jamais jusqu'au point qu'elle avait atteint avant la cautérisation. Elle reste toujours pendant quelque temps aux environs de 38, ce que nous attribuons à la réaction inflammatoire qui se fait autour de l'eschare artificielle, ainsi qu'aux phénomènes inflammatoires de voisinage qui se sont développés consécutivement ou simultanément avec la pus-

jule (lymphangite, adénite, etc.). Du reste, nous avons constaté chez nos malades une corrélation parfaite entre la marche des symptômes inflammatoires et le maintien de la température à quelques dixièmes de degrés au-dessus de la normale. Elle tombe quand ils cessent. Notons encore que tout en tenant compte de la marche descendante de la température à partir de la cautérisation, nous avons constaté, comme c'est la règle générale dans tous les états fébriles, une légère augmentation le soir sur la température du matin. Enfin, ajoutons que l'autre facteur de la fièvre, le pouls, dont la valeur est bien moins importante de l'avis de tout le monde, a marché de pair avec la température, et qu'il n'a présenté, à part sa plus grande fréquence, rien de notable.

Nous ajouterons encore que la valeur de l'appréciation de la température a été contrôlée dans nos trois premières observations, par l'examen du fond de l'eschare, toutes les fois qu'il y a eu une chute de la température, l'eschare fendue ou écartée a présenté au fond une humidité purulente, si l'on peut ainsi dire, et on avait à la fois deux raisons pour cesser les cautérisations.

Pour la pustule maligne multiple de la paupière, il a été plus difficile de faire la recherche, toutes les eschares des cautérisations s'étant réunies en une seule, la recherche du reste n'a pas été faite, la chute de la température était un indice suffisant.]

CONCLUSIONS.

De notre petit travail sur la marche de la température dans le traitement de la pustule maligne par la cautérisation, nous croyons pouvoir conclure :

1° La température s'élève en même temps que les phénomènes locaux apparaissent; elle monte de plus en plus à mesure que l'affection continue son cours.

2° La cautérisation, quand elle est suffisante, amène toujours une chute de la température dans les vingt-quatre heures qui suivent; dans le cas contraire la température continue à s'élever.

3° La marche de la température montre bien que la fièvre est due à l'évolution même de la pustule maligne et qu'elle est le résultat du trouble apporté à l'organisme, par l'absorption du virus charbonneux qui s'élabore au niveau de la pustule.

4° Comme conséquence pratique, on peut être sûr que le mal est arrêté quand la température baisse d'un degré le lendemain de la cautérisation. Dans ce cas-là, si on fend l'eschare, on trouve toujours des traces de pus entre ses parties profondes et les tissus sains, et les deux symptômes sont dans une corrélation parfaite.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie sur la constitution chimique des sels, solubilité des sels, action des sels les uns sur les autres. Lois de Berthollet, de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges; leur structure, leur direction, caractères qui distinguent les tiges des monocotylédonés de celles des dicotylédonés; théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires, des collyres gazeux, liquides, mous et solides; des injections; des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnement par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang.

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu le Président de la thèse,
GOSSELIN.

Permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie,
[A. MOURIER.